



TITLE:

射精管異常拡張症の1例

AUTHOR(S):

田中, 広見; 藤本, 洋治; 森, 浩一; 島崎, 俊一郎

CITATION:

田中, 広見 ...[et al]. 射精管異常拡張症の1例. 泌尿器科紀要 1969, 15(7): 501-504

ISSUE DATE:

1969-07

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/120022>

RIGHT:

射精管異常拡張症の1例

広島大学医学部泌尿器科学教室（主任：仁平寛己教授）

田 中 広 見

藤 本 洋 治

森 浩 一

島 崎 俊 一 郎

EJACULATORY DUCT CYST: REPORT OF A CASE

Hiromi TANAKA, Yōji FUJIMOTO, Kōichi MORI and Schunichirō SHIMAZAKI

From the Department of Urology, Hiroshima University School of Medicine, Hiroshima, Japan

(Chairman: Prof. H. Nihira, M. D.)

A 44-year-old man was seen with the chief complaints of bloody semen and sterility. Urological examinations disclosed an abnormal dilatation of the ejaculatory duct which was compatible with ejaculatory duct cyst. The entire cyst was surgically removed. The postoperative course was uneventful, and the patient has had no trouble in sex life.

男子骨盤内生殖器系にみられる囊腫様拡張としては精囊腺囊腫，Müller氏管囊腫，前立腺囊腫などがあげられ，本邦においてもかなりの数の症例が報告されている（江本1964）。しかしこれらの症例の中では精囊腺囊腫が大部分を占め，以下われわれが報告する射精管異常拡張症はあまり報告がないようである。われわれは44才の男子にみられた射精管異常拡張症の1例を経験し，手術的にこれを確認しえたのでその経過について報告する。

症 例

患者：44才，男子

主訴：血性精液と不妊

家族歴および既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：約10年前より血性精液に気づいていたが，自覚症状が全くないので放置していた。最近開業医に相談したところ当科へ紹介された。性生活に支障なく，射精痛もない。結婚後10年になるがまだ子供を得ない。

現症：体格，栄養ともに中程度。胸腹部臓器には，聴診上異常所見なく，両腎ともに触れず，膀胱部にも異常を認めない。外性器の発達は正常である。直腸内触診で前立腺はやや萎縮しているが，表面は平滑

で正常のかたさである。前立腺のすぐ上で正中線部に拇指頭大，半球状の腫瘤を触れ，表面は平滑で弾性軟，圧痛はない。血圧 124/80mmHg。

検査所見

1) 尿検査：自然排尿の尿には何も異常所見は証明されないが，経直腸的に腫瘤を圧迫後採取した尿では蛋白陽性，糖陰性，赤血球（多数），白血球（-），細菌（-）。

2) 精液検査：赤褐色で量は約 1ml，精子はみられない。赤血球が強拡大で1視野に約10個みられたが，白血球，細菌などは証明されなかった。

3) 血液検査：赤血球数 424×10^4 ，Hb 81% (Sahli)，白血球数 6,200，白血球の分類には異常を認めない。

4) 血液生化学的検査：総蛋白 6.0g/dl，A/G 0.86，総ビリルビン 0.6mg/dl，アルカリフォスファターゼ 5Bu，酸フォスファターゼ 3.1Bu，GPT 1u，GOT 13u，尿素窒素 19mg/dl，クレアチニン 1.2mg/dl，コリンエステラーゼ 0.89，総コレステロール 139mg/dl，Na 139mEq/L，K 4.5mEq/L，Cl 106mEq/L，Ca 5.2mEq/L，P 3.0mg/dl， HCO_3^- 30mEq/L。

5) 腎機能検査：PSP 15分値45%，120分値計90%。

6) Sex chromatin：陰性。

7) 染色体：46個で性染色体はXY型。

8) 直腸鏡検査：肛門より3~4cm口側の前壁に充血，軽度のビラン，膿苔の付着をみるが，はっきりし

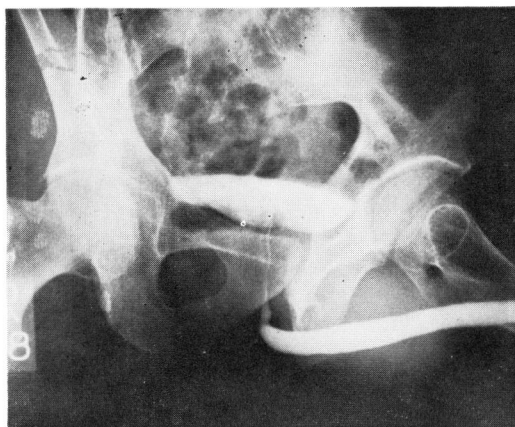


Fig. 1 尿道膀胱撮影

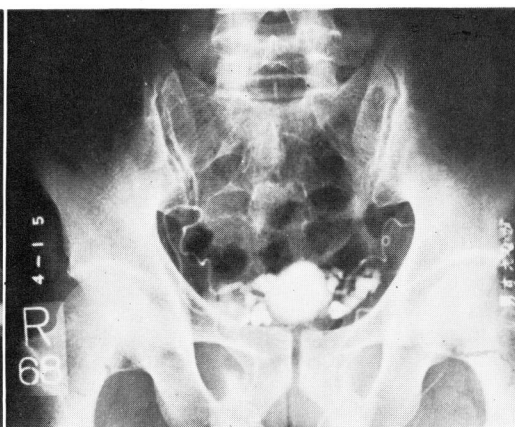


Fig. 2 精囊腺撮影（造影剤注入直後）

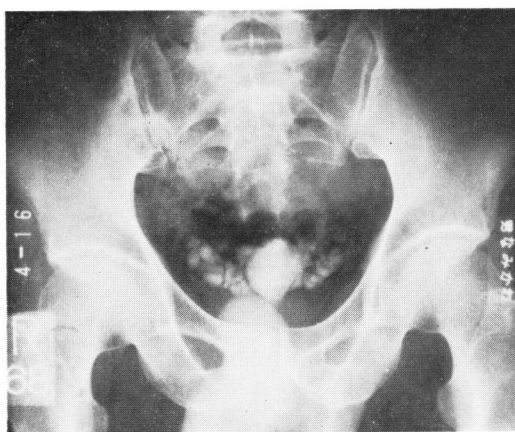


Fig. 3 精囊腺撮影（造影剤注入後24時間目）

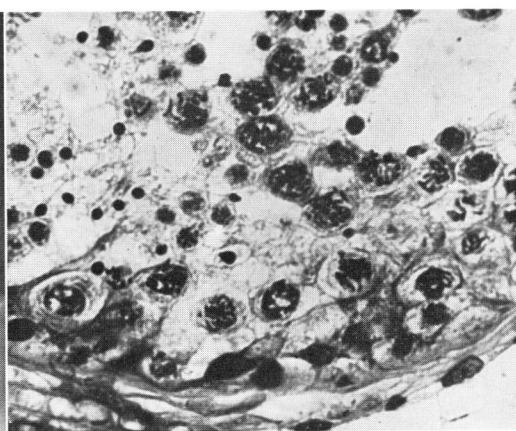


Fig. 4 睾丸組織像，H E 染色，×400

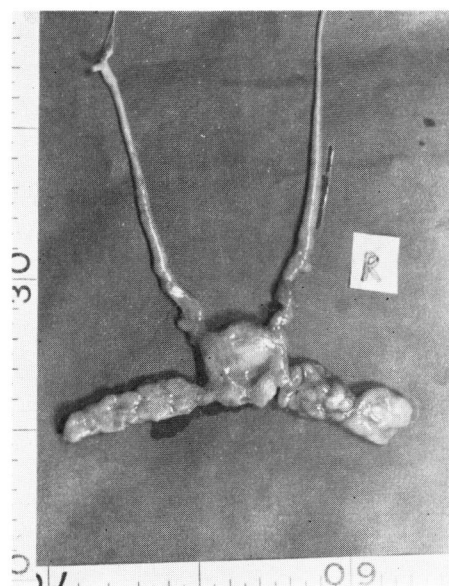


Fig. 5 摘出標本



Fig. 6 囊腫壁組織像，H E 染色，×100

た腫瘍は証明されない。

9) 膀胱鏡検査：膀胱容量 300ml, 三角部より尿道口にかけて底部から半球状にややもり上っているほか特別な所見はみられない。青排泄は初発が左側3分55秒, 右側4分15秒で両側とも5分以内に濃青に達した。精阜には異常を認めない。

10) レントゲン検査：胸部、腎部、膀胱部単純撮影にて異常所見なく、排泄性腎盂撮影では両側腎盂、腎杯、尿管ともに機能、形態正常である。尿道膀胱撮影でも後部尿道、膀胱像は正常で、腫瘤による圧迫像はみられない (Fig. 1)。経精管の精囊腺撮影においては造影剤注入直後では両側精管合流部、すなわち正中部に直径 3×3cm の円形の異常陰影と、両側精囊腺の位置に房状陰影を認める (Fig. 2)。注入後24時間の撮影でも異常陰影は鮮明にみられ、また両側精囊腺の陰影も認められる (Fig. 3)。

11) 睾丸組織検査：hypospermatogenesis の状態であった (Fig. 4)。

手術所見：下腹部正中切開で経腹膜的に膀胱後面をしらべると、腹膜で覆われたウツラの卵大の弾力性のある囊腫様腫瘍が認められた。膀胱後面をおおう腹膜を切開して腫瘤に達するに、腫瘤と腹膜および膀胱との剥離は容易であり、腫瘤の周囲を剥離して腫瘤全体を露出したところ腫瘤には両側精管膨大部、精囊腺が合流し、腫瘤の下端は前立腺の中を貫通しているようであった。そこで腫瘤の下端をカットグートで結紮しつつ全周を切開し、前立腺側の断端はカットグートで縫縮した。精管は約 10cm の長さで両側を切断し、腫瘤とともに精囊腺全体を摘出した。

摘出標本：肉眼的には腫瘤は直径約 2.5cm の球状を呈する囊腫様で、両側精管膨大部および精囊腺はおのおの別個に囊腫様拡張部に開口していた (Fig. 5)。囊腫内容は血性漿液性の液体が約 3ml あり、沈渣には多数の赤血球をみたが精子はみられなかった。組織学的には囊腫内腔表面はたけの低い一層の上皮細胞がおおい、その内層には結合織、筋組織がみられた (Fig. 6)。なおどこにも悪性病巣、炎症病巣は認めなかった。

術後経過：術後経過は良好で3日後に会陰部においたドレーンを抜去し、術後14日目に全治退院した。なおその後の経過は良好で、性生活にもなんら異常を認めていない。

考 按

精管膨大部、射精管、前立腺、Müller 氏管残基などにみられる囊腫様拡張について最も問

題とされている点は、その病名または分類についてである。Englisch (1875) は男性生殖器にみられる囊腫として、1) Wolff 氏管の遺残物またはその膨出部から発生せるもので、射精管の近くに存在し膀胱後壁の側面にあるもの、2) Müller 氏管遺物より発生するもので、膀胱後壁の中央部に存在するもの、3) 前立腺卵形囊から発生するもので、その排泄口の閉塞により生じたもの、4) 精囊腺より発生しその一部の狭窄によって生じたものと4つに分類しており、従来の内外の報告 (石神1960, 金沢1960, 永田1961, 森脇1962, Hart 1961, Heller 1963, Heetclerks 1965) にもしばしば引用されている。われわれの症例をこの分類にあてはめてみると、男性生殖管が Wolff 氏管を原基として発生する点から考えれば 1) にあてはまるものと思われるが、臨床上具体的に症例を表現しているとは思われない。本邦の報告でも中尾(1952) は3つに分類し、森脇 (1962) は第1型より第6型に分類している。一方、石神 (1960) は膀胱後面に存在する囊腫様拡張にしてX線的に造影可能なものに対して、次の3群にわかつことが妥当ではないかとしている。すなわち 1) 単一化する射精管の異常拡張、2) 精囊腺自身の一部または全体の異常拡張、3) Müller 氏管残基の異常拡張などである。森脇の分類では精囊腺を中心とした膀胱後腔の関連臓器に発生した囊腫状構造物をすべて精囊腺囊腫ないし憩室と称して、その中でおのおのの症例を分類する立場をとっているが、われわれの症例のごとく手術により囊腫の由来を解剖学的に鑑別できた症例ではこの分類に従って精囊腺囊腫と称した場合混乱を起しかねない。そこでわれわれは石神の分類に従って射精管異常拡張症という名称を用い、独立したひとつの疾患として報告することにした。現在までに精囊腺囊腫 (憩室) として報告されている症例のうちからわれわれの症例と一致すると思われるものを拾い上げると、本邦では石神 (1960) の報告している3例と合わせて4例のみであり、そのうち手術により確認されているのは2例にすぎない。

症状は囊腫の大きさ、感染の有無などによって異なるであろうが、全例ともに不妊または血

性精液が主訴となっている。診断には直腸内触診、膀胱鏡および尿道鏡検査、レントゲン検査、嚢腫穿刺などによるが、嚢腫の由来が男性生殖管のいずれの部位によるかの決定には、臨床上観血の治療を行なって解剖学的に検索する必要がある。Deming & Berneike (1944) は前立腺、精嚢腺、Müller 氏管の嚢腫の鑑別を次のごとく示している。

前立腺嚢腫：1) 前立腺組織に一致して嚢腫を触れたり、膀胱鏡検査で嚢腫を認めうる。2) 多くの場合嚢腫は小さい。3) 他の前立腺疾患を併発していることが多い。

精嚢腺嚢腫：1) 前立腺は正常である。2) 嚢腫は一側に偏している。3) 大きさはいろいろであるが、大きなものが多い。4) 嚢腫内容は精子を含んでいる。

Müller 氏管嚢腫：1) 前立腺は正常である。2) 嚢腫は常に中央に存在する。3) 嚢腫は大きい。4) 嚢腫内容には精子を含まない。

成因については発生異常、局所性の炎症、他臓器による圧迫などがあげられている (Englisch 1875, Stewart 1949)。われわれの症例の場合両側の射精管は癒合してその隔壁はみられず、完全に単一化しており、また組織学的にも炎症性変化は認められないので、おそらく男性生殖管の発生途中の異常のために発症したもの

と推測している。

結 語

血性精液および不妊を主訴として来院した44才男子で、泌尿器科的諸検査により発見された射精管異常拡張症の1例を報告し、若干の文献的考察を加えた。

稿を終るにあたり仁平寛巳教授のご指導、ご校閲を深謝いたします。なお本症例は第48回日本泌尿器科学会関西地方会でその要旨を報告した。

文 献

- 1) Deming, C. L. and Berneike, R. R. : J. Urol., 51 : 563, 1944.
- 2) 江本・ほか：皮と泌, 26 : 721, 1964.
- 3) Englisch : Med. Jahrb. Wien, 1875.
- 4) Hart, J. B. : J. Urol., 86 : 137, 1961.
- 5) Hart J. B. : J. Urol., 96 : 247, 1966.
- 6) Heller, E. : J. Urol., 90 : 305, 1963.
- 7) Heetclerks, D. R. : J. Urol., 93 : 725, 1965.
- 8) 石神・ほか：泌尿紀要, 6 : 792, 1960.
- 9) 金沢：泌尿紀要, 6 : 44, 1960.
- 10) 森脇：日泌尿会誌, 53 : 43, 1962.
- 11) 永田：臨床皮泌, 15 : 929, 1961.
- 12) 中尾：皮と泌, 14 : 215, 1952.
- 13) Stewart, B. L. : J. Urol., 62 : 189, 1949.

(1969年2月24日 受付)